

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1959

THÈSE

N° 770

POUR

LE DIPLOME D'UNIVERSITÉ

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Orlando CUELLO-LORDUY

Né le 1^{er} janvier 1933, à Sincelejo (Colombie)

Présentée et soutenue publiquement le 7 juillet 1959

L'ADENOMECTOMIE
SALUT DU PROSTATIQUE

Président : M. B. FEY, Professeur

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1959

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1959

THÈSE

N°

POUR

LE DIPLOME D'UNIVERSITÉ

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Orlando CUELLO-LORDUY

Né le 1^{er} janvier 1933, à Sincelejo (Colombie)

Présentée et soutenue publiquement le 7 juillet 1959

L'ADENOMECTOMIE
SALUT DU PROSTATIQUE

Président : M. B. FEY, Professeur



PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1959

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Aubin (A.), Bénard (H.), Brocq (P.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Chevallier (P.), Debré (R.), Donzelot (E.), Gastinel (P.), Guillaïn (G.), Halphen (E.), Harvier (P.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuéjoul (P.), Laroche (G.), Laubry (C.), Lévy-Solal (E.), Lhermitte (J.), Lian (C.), Lœper (M.), Marion (G.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Mulon (P.), Olivier (E.), Richet (C.), Strohl (A.), Tanon (L.), Velter (E.).

DOYEN Léon BINET
Membre de l'Institut

ASSESSEUR Jean VERNE

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	CORDIER (G.)
Anatomie (<i>chaire à titre personnel</i>)	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Bactériologie	FASQUELLE (R.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Clinique carcinologique (Inst. G. Roussy)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
Cliniques chirurgicales	Beaujon SICARD (A.)
	Cochin QUÉNU (J.)
	Hôtel-Dieu MÉNÉGAUX (G.)
	Saint-Antoine GOSSET (J.)
	Salpêtrière MOULONGUET (P.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	DE GAUDART D'ALLAINES (F.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	FÜNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	ALAJOUANINE (T.)
Cliniques médicales	Broussais DE GENNES (L.)
	Cochin JUSTIN-BESANÇON (L.)
	Hôtel-Dieu BARIÉTY (M.)
	Lariboisière SOULIÉ (P.)
	Pitié DREYFUS (G.)
	Saint-Antoine KOURILSKY (R.)

Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	
Clinique médicale propédeutique	
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	
Cliniques obstétricales	Baudelocque Port-Royal Tarnier
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	
Clinique de pneumo-ptisiologie (Laënnec)	
Clinique psychiatrique infantile (Salpêtrière)	
Clinique de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	
Clinique stomatologique (Pitié)	
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	
Clinique urologique (Cochin)	
Electrophysiologie médicale (<i>chaire à titre personnel</i>)	
Embryologie	
Histoire de la médecine et de la chirurgie	
Histologie	
Hygiène des collectivités (<i>chaire à titre personnel</i>)	
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	
Hygiène et médecine préventive	
Médecine du Travail	
Médecine légale	
Parasitologie	
Pathologie chirurgicale	
Pathologie exotique	
Pathologie expérimentale et comparée	
Pathologie humorale et immunologie expérimentale (<i>chaire à titre personnel</i>)	
Pathologie médicale	
Pathologie et thérapeutique générales	
Pharmacologie et matière médicale	
Physiologie	
Physiologie (<i>chaire à titre personnel</i>)	
Physique médicale	
Radiologie médicale	
Technique chirurgicale	
Thérapeutique	

DEBRAY (C.)	
PASTEUR VALLERY-RADOT (L.)	
DEROT (M.)	
PETIT-DUTAILLIS (D.)	
LACOMME (M.)	
N...	
VARANGOT (J.)	
RENARD (G.)	
AUBRY (M.)	
MARIE (J.)	
BERNARD (E.)	
MICHAUX (L.)	
LELONG (M.)	
COSTE (F.)	
DECHAUME (M.)	
SÉNÈQUE (J.)	
LEMAIRE (A.)	
FEY (B.)	
DJOURNO (A.)	
GIROUD (A.)	
N...	
VERNE (J.)	
DEPARIS (M.)	
TURPIN (R.)	
JOANNON (P.)	
DESOLLE (H.)	
PIÉDELIEVRE (R.)	
GALLIARD (H.)	
COUVELAIRE (R.)	
LAVIER (G.)	
LENÈGRE (J.)	
MERKLEN (F.-P.)	
N...	
GARCIN (R.)	
CHEYMOL (J.)	
BINET (L.)	
BARGETON (D.)	
DOGNON (A.)	
DESGREZ (H.)	
PATEL (J.)	
BROUET (G.)	

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

	MM.
Anatomie	CABROL (C.) COUINAUD (C.) OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) pr. s. ch. BUSSER (F.) GOUYGOU (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)

	MM.
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Bactériologie	NÉVOT (A.) pr. s. ch. BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	DESGREZ (P.) pr. s. ch. POLONOVSKI (J.) m. conf. SCHAPIRA (G.) m. conf.

MM.

Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.) <i>m. conf.</i>
Carcinologie . . .	{ DENOIX (P.) MATHE (G.)
Dermato- Syphiligraphie . .	DUPERRAT (B.)
Electro- Radiologie . . .	LEDoux-LEBARD (G.)
Embryologie . . .	Tuchmann-Duplessis (H.)
Hématologie . . .	{ BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.)
Histologie . . .	{ COUJARD (R.) <i>pr. s. ch.</i> MAROIS (M.) RACADOT (J.)
Hydrologie . . .	CORNET (A.)
Hygiène	{ BOYER (J.) <i>pr. s. ch.</i> CORRE-HURST (Mme L.)
Maladies infectieuses . . .	{ BASTIN (R.) DUPONT (V.)
Médecine légale	{ DEROBERT (L.) <i>pr. s. ch.</i> HADENGUE (A.) FOURNIER (E.) GUENIOT (M.)
Médecine du travail . . .	ALBAHARY (C.)
Neuro-chirurgie	DAVID (M.)
Neurologie . . .	LHERMITTE (F.)
Obstétrique . . .	{ GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) THOYER-ROZAT (J.)
Ophthalmologie . .	{ BRÉGEAT (P.) SARAUX (H.)
Orthopédie . . .	{ JUDET (R.) RAMADIER (J.)
Oto-rhino- laryngologie . . .	DEBAIN (J.)
Parasitologie . . .	{ BRUMPT (L.C.) <i>pr. s. ch.</i> CHABAUD (A.)
Pathologie chirurgicale . . .	{ BARCAT (J.) BINET (J.-P.) CAUCHOIX (J.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GERMAIN (A.) LAURENCE (G.) <i>agr. per</i> LORTAT-JACOB (J.-L.) LOYGUE (J.) MERCADIER PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)

MM.

Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Pathologie expérimentale . . .	{ CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LÉPER (J.) MAURICE (J.) PLAS (F.) RICHET (G.)
Pathologie médicale	{ AUSSANNAIRE (M.) BOUR (H.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CASTAIGNE (P.) <i>m. conf.</i> CATINAT (J.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) FREZAL (J.) HOUSSET (E.) LAROCHE (Cl.) LESOBRE (R.) MACREZ (C.) NICK (J.) PEQUIGNOT (H.) <i>m. conf.</i> ROYER (P.) WOLFROMM (R.)
Pédiatrie- Puériculture . . .	{ JOSEPH (R.) MANDE (R.) MOZZICONACCI (P.) POLONOVSKI (C.) ROSSIER (A.)
Pharmacologie . . .	{ LEVY (Mlle J.) <i>pr. s. ch.</i> BOISSIER (J.) LECHAT (P.)
Physiologie . . .	{ PARROT (J.) <i>pr. s. ch.</i> DEJOURS (P.)
Physique médicale	GOUGEROT (L.) <i>m. conf.</i>
Pneumo- Phtisiologie . . .	KREIS (B.)
Psychiatrie . . .	PICHOT (P.)
Psychiatrie infantile	DUCHÉ (D.)
Rhumatologie . . .	DELBARRE (F.)
Stomatologie . . .	{ CERNÉA (P.) CHAPUT (Mme A.) m. conf. <i>agr.</i> GRELLET (M.)
Thérapeutique . .	{ CHASSAGNE (P.) LAMOTTE (M.)
Urologie	QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

	MM.		MM.
Clinique chirurgicale . . .	ABOULKER (P.)	Clinique neuro- rhumatologique	DE SÈZE (S.)
	AMELINE (A.)		GRASSET (J.)
	HUGUIER (J.)	Clinique obstétricale . . .	LEPAGE (F.)
	LÉGER (L.)		MAYER (M.)
	OLIVIER (C.)		MERGER (R.)
	PADOVANI (P.)		RAVINA (J.)
	POILLEUX (F.)	Clinique ophtalmologique	DESIGNES (P.)
	ROUX (M.)		OFFRET (G.)
Clinique médicale	VERNE (J.-M.)	Clinique O.R.L.	MADURO (R.)
	HAGUENEAU (J.) <i>pr. s. ch.</i>		LAPLANE (R.)
	BOUDIN (G.)	Clin. pédiatrique et puériculture	BARUK (H.)
	CONTE (M.)		KUSS (R.)
	DOMART (A.)	Clinique psychiatrique	
	MILLIEZ (P.)		
	PERRAULT (M.)	Clinique urologique . . .	
	RAMBERT (P.)		
	THIEFFRY (S.)		
	TURIAF (J.)		

IV. — PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) <i>prof. sans chaire</i>
Biochimie médicale	ETTORI (J.) <i>prof. à titre personnel</i>
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) <i>prof. sans chaire</i>

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Secrétaires	Mme BEURLAND (H.), Mlles CHAINTREUIL (G.), HURÉ (A.)

Conservateur, chargé de la direction de la Bibliothèque	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs	Mlles DUMAITRE (P.), GOICHON (A.-M.)
Bibliothécaires	Mme CONTET (J.), Mlles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON PÈRE A MA MÈRE

*En témoignage de mon affection et de
ma gratitude.*

A MA FEMME

A qui je dois tant.

A MON FILS

A MES FRÈRES ET SŒURS

A MES BEAUX-PARENTS

A MON BEAU-FRÈRE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR B. FEY

Professeur de la Chaire d'Urologie
à la Faculté de Médecine de Paris

Chirurgien à l'Hôpital Cochin

Officier de la Légion d'Honneur

*Qui a bien voulu accepter la présidence
de cette thèse.*

En très respectueux hommage.

A MONSIEUR LE DOCTEUR Aoustin

Chef du Service de Chirurgie de l'Hôpital de Provins

*Que je remercie de m'avoir guidé de ses
conseils.*

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DES HOPITAUX DE PARIS

A MON JURY DE THÈSE

INTRODUCTION

Deux idées principales ont guidé ce travail : montrer les avantages de l'adénomectomie sur tout autre procédé dans le traitement de l'adénome prostatique : démontrer par l'apport d'une statistique portant sur 100 cas opérés selon la technique de Millin, la possibilité d'employer cette méthode comme opération courante de l'adénome prostatique. Ceci sans méconnaître la valeur indiscutable des autres techniques.

Auparavant, nous avons jugé nécessaire un rappel anatomo-pathologique et clinique. En insistant sur les notions évolutives et les moyens d'exploration du prostatique, nous avons cru y trouver un élément pronostique et des arguments en faveur de l'adénomectomie.

Notre conclusion enfin résume l'ensemble du problème thérapeutique.

RAPPEL ANATOMO-PATHOLOGIQUE DE L'ADENOME PROSTATIQUE

a) ORIGINE ANATOMIQUE

La prostate est formée de deux glandes de signification embryologique différente : la glande crâniale de situation sus-montanale et pré-spermatique qui s'est développée sous l'influence de la sécrétion hormonale mâle et la glande caudale sous-montanale et rétro-spermatique qui, au contraire, doit son développement à la sécrétion œstrogénique chorioplacentaire.

L'adénome prostatique, d'après la conception de GIL-VERNET, a pour point de départ la glande crâniale. Soit en sa portion intra-sphinctérienne qui siège dans les parois postérieures et latérales du col vésico-urétral, soit en sa portion extra-sphinctérienne qui peut voir ses trois lobes (postérieur et latéraux) atteints, ou l'un d'eux seulement. Enfin, la glande crâniale peut être atteinte dans ses deux portions.

Il est exceptionnel que la glande causale participe au processus tumoral. Habituellement, elle est comprimée, refoulée à l'extérieur et se dispose en capsule autour de l'adénome, mais reste saine et peut récupérer sa fonction une fois la tumeur enlevée.

b) LA TUMEUR

SA SITUATION par rapport au col est variable, suivant le segment de la prostate qu'elle intéresse. L'orifice du col sera donc situé au centre, déporté latéralement ou en avant de la masse tumorale, suivant qu'elle s'est développée sur le lobe postérieur ou sur l'un des deux lobes latéraux de la prostate. Elle est variable également par rapport aux orifices urétéraux qui peuvent siéger loin de l'adénome et assez écartés entre eux ou, au contraire, déboucher très près du col et être ainsi soulevés par le lobe postérieur.

LE VOLUME peut aller de celui d'un pois à celui d'une mandarine.

LA FORME peut être sphérique, en poire, en grappe, trilobée, etc., c'est dire que la tumeur peut constituer une masse unique ou au plus composée de deux ou trois lobes, ou au contraire, formée par de nombreux petits noyaux. Quand il s'agit d'une masse unique, elle est bien encapsulée ; dans le cas contraire, la capsule est moins nette et ceci est important du point de vue chirurgical car on peut « oublier » un ou plusieurs de ces nodules.

HISTOLOGIQUEMENT, à la formation de la tumeur peuvent participer les acini glandulaires qui sont alors plus ou moins dilatés, le tissu fibreux et le tissu musculaire. Il existe ainsi des adénomes purs, des fibroadénomes et même des fibromyomes. Mais DEMING et NEWMAN d'une part, et THÉVENARD d'autre part, pensent que ces formes histologiques dépendent de l'âge de la tumeur, que l'étape initiale est constituée par l'hypertrophie fibro-musculaire et que le tissu adénomateux s'organiserait plus tard.

c) LA CAVITE RESTANTE

Lorsque la tumeur a été énucléée, il reste une coque fibreuse, aux parois lisses et peu vascularisée. Autour de ce lit, le tissu prostatique est comprimé et laminé, mais son élasticité lui permettra de reprendre sa place normale. D'ailleurs, les canaux éjaculateurs sont toujours intacts car l'adénome est de siège sus-montanal.

d) L'URETRE PROSTATIQUE

Il demeure toujours sain mais son axe et l'orientation de ses parois se modifient du fait de la présence de l'adénome. Il peut être écrasé en lame de sabre par deux lobes latéraux hypertrophiés, se courber latéralement en S ou en Z, en cas de développement inégal des lobes latéraux, etc.

e) LA VESSIE

Elle est généralement très modifiée, aux parois épaisses hypertrophiques ou, au contraire, augmentée de volume, amincie ; rarement, elle est petite, rétractée du fait d'une cystite chronique.

Elle peut présenter des inégalités de la paroi avec des colonnes séparant des cellules, celles-ci constituant en fait une ébauche de diverticule. C'est un aspect qui est retrouvé chez les grands vieillards.

Une conséquence particulière à l'hypertrophie du muscle vésical est l'emprisonnement possible de l'uretère dans sa portion intramurale.

f) LE HAUT APPAREIL

Il ne tarde pas à réagir à tous ces désordres et présente alors des lésions diverses : altération de l'orifice urétéral inférieur (rétrécissement ou béance), dilatation urétérale et pyélo-calicielle. Les altérations rénales peuvent être de deux ordres : simple perturbation fonctionnelle ou au contraire être le siège de lésions organiques à type de sclérose. Enfin, tout l'arbre urinaire peut être atteint par l'infection.

RAPPEL CLINIQUE DE L'HYPERTROPHIE PROSTATIQUE

Les classiques ont décrit à la maladie trois phases cliniques successives de troubles dysuriques, de rétention chronique incomplète et de rétention aiguë d'urine complète. L'évolution de la maladie est telle — se révélant parfois d'emblée par une complication aiguë, ou au contraire étant dès le début mal supportée — qu'on ne peut donner à ce schéma une valeur absolue, mais il facilite la description de la maladie.

PERIODE DES TROUBLES DYSURIQUES

Les premières perturbations urinaires sont caractérisées par la pollakiurie nocturne, surtout marquée au cours de la deuxième partie de la nuit et la gêne de l'émission. Le malade est gêné non seulement par le lever nocturne répété, mais aussi parce qu'il est obligé d'attendre l'apparition des premières gouttes d'urine. On constate à cette époque une diminution de la force du jet.

Tous ces signes sont d'ailleurs fâcheusement modifiés par les conditions hygiéno-diététiques défavorables du sujet, toutes, causes de congestion pelvienne. Celle-ci, donnant pour sa part des signes propres (pesanteur et tension périnéale, gêne rectale), peut être provoquée par une cystite ou une prostatite.

PERIODE CHRONIQUE DE RETENTION INCOMPLETE

Elle présente deux phases évolutives :

a) *La phase de rétention incomplète sans distension pendant laquelle la vessie conserve encore son tonus.*

Elle est caractérisée par l'apparition d'un résidu vésical et par la transformation de la pollakiurie qui, de nocturne, devient également diurne ; enfin, il peut s'y adjoindre une note rénale, la polyurie.

Le malade éprouve de plus en plus de difficultés à la miction, son état général s'altère, il présente des troubles digestifs : sécheresse de la langue, anorexie...

b) La phase de rétention incomplète avec distension qui voit la vessie vaincue par la distension.

Le contraste du passage de la phase précédente à celle-ci est net. Le malade urine maintenant apparemment facilement, mais ses mictions sont impératives et très fréquentes ; l'urine s'écoule alors en bavant, le malade urine par regorgement et il va devenir incontinent.

A ce stade, les complications d'ordre rénal et infectieux peuvent déjà avoir fait leur apparition et venir alors donner une note dramatique à ce tableau.

PERIODE AIGUE DE RETENTION COMPLETE

Elle survient après les étapes précédentes, mais celles-ci peuvent être brûlées et la rétention aiguë se présentera alors avec une apparence primitive, les quelques troubles mictionnels jusque-là ressentis ayant été négligés.

Quoi qu'il en soit, cette rétention aiguë est d'apparition brutale, à la suite d'une cause favorisant quelconque : le sujet éprouve le besoin d'uriner, « il pousse et n'y arrive pas ». Bientôt la vessie se distend, des douleurs intenses apparaissent avec des crises paroxysmiques ; le malade s'agite, devient anxieux et si on ne le soulage pas par un sondage ou une intervention, il sombrera en quelques jours dans l'urémie. Ces malades traités (par une sonde à demeure par exemple) peuvent récupérer momentanément une fonction urinaire satisfaisante en apparence, mais les accidents se reproduiront si une thérapeutique active n'est pas instituée.

En dehors de ces trois phases évolutives classiques, P. FABRE d'une part, P. THÉVENARD d'autre part, ont cherché à individualiser une phase « préclinique » d'extrême début qui serait faite de troubles mal déterminés et d'ordre général. Ainsi, des malaises digestifs, des céphalées épisodiques, des myalgies diffuses, un déficit moteur qui ne cèdent pas aux thérapeutiques habituelles, peuvent orienter vers la sphère uro-génitale. Encore faut-il savoir rechercher par l'interrogatoire poussé une pollakiurie épisodique, une pesanteur périnéale, une algie sacrée, un ténésme. En réalité, cette phase est mal définie, mais P. FABRE en particulier, y attire l'attention car, si par l'ablation endoscopique de quelques menus copeaux, on arrivait à rendre la santé à de tels sujets et à éviter l'apparition de troubles majeurs, cela vaudrait la peine de pousser une telle étude.

I. — L'EXAMEN DU PROSTATIQUE

L'interrogatoire peut à lui seul, chez le prostatique, faire évoquer un des tableaux précédemment décrits. Il doit cependant être complété par l'examen clinique.

C'est ainsi qu'en faisant uriner le malade, on appréciera la force du jet, le trouble ou la limpidité des urines. Le palper hypogastrique pourra renseigner sur l'existence d'une distension. Le toucher rectal renseignera sur le volume et la consistance de la glande.

D'autre part, un examen clinique général du malade est indispensable : pulmonaire, cardiovasculaire, nerveux, digestif.

Des examens complémentaires seront cependant nécessaires pour parfaire le diagnostic et poser les indications opératoires.

P. FABRE résume ainsi les éléments qui permettent le diagnostic :

- Les phases de début, avec prostate peu modifiée, sont dépistées par l'examen endoscopique, alors que la clinique et la radiologie sont peu démonstratives.
- A la période d'état, le toucher rectal affirme l'adénome, le sondage apprécie son retentissement, la radiographie montre les déformations de l'urètre.
- A la période des grandes rétentions, la clinique (palper et percussion de l'hypogastre, toucher rectal) seule suffit.

Dans le but d'épargner aux malades des explorations instrumentales désagréables et les risques d'infection, TRUC et GUILLAUME hiérarchisent les moyens d'investigations et classent les prostatiques en quatre groupes :

1° LES PROSTATIQUES A URINES CLAIRES, NON EN RÉTENTION AIGUE

L'examen clinique a mis en évidence un adénome de la prostate et montré ou non une distension vésicale.

Des examens de laboratoire sont pratiqués : examen cyto bactériologique et chimique des urines prélevées sans sondage, taux d'urée sanguine, N.F. groupe, T.S., T.C.

Si le taux d'urée est inférieur à 0,60 g, on procède à une *urographie intraveineuse* qui représente un remarquable moyen d'exploration du prostatique. Elle permet en effet de rendre compte de la valeur fonctionnelle du rein (CIBERT) et de la morphologie des voies excrétrices supérieures. Elle apprécie les modifications des uretères et l'importance de la saillie intravésicale de l'adénome. Elle montre la

présence de calculs, de diverticules vésicaux. Elle permet l'évaluation approximative du résidu vésical ; elle peut se terminer, enfin, par une urétrographie mictionnelle et mettre en évidence les déformations urétrales.

Si l'U.I.V. n'apporte pas les précisions suffisantes ou qu'elle ne puisse pas être réalisée à cause d'un taux d'urée élevé, alors seulement, on aura recours à l'*urétrocystographie rétrograde* qui permettra l'examen du bas appareil en montrant les déformations urétrales, les anomalies vésicales et, le cas échéant, les uretères forcés.

Enfin, si ces deux examens ne fournissent pas les précisions voulues, on pourra alors recourir à l'*urétroscopie*, seule capable de déceler les petits adénomes qui déforment le col et les adénomes périurétraux de petit volume.

Ainsi donc, quand l'U.I.V. est défailante, on peut utiliser l'urétrocystographie ou l'urétroscopie, mais alors il sera prudent d'instituer une antibiothérapie préventive.

2° LES PROSTATIQUES VUS EN RÉTENTION AIGUE

Après traitement par la sonde à demeure sous antibiothérapie, les mêmes examens que dans le cas précédent peuvent être utilisés et suivant la même procédure. Mais urétrocystographie et urétroscopie sont alors moins discutables.

3° LES PROSTATIQUES A URINES TROUBLES

Doivent être traités par la sonde à demeure et par les agents anti-infectieux par voie locale et générale, avant toute exploration. Par la suite, les examens seront conduits de la même façon.

4° LES PROSTATIQUES HYPERAZOTÉMIQUES AVEC INSUFFISANCE RÉNALE

Doivent bénéficier préalablement des médications anti-azotémiques et d'un drainage vésical. Si après traitement, l'azotémie le permet, l'U.I.V. sera faite, sinon l'urétrocystographie sera pratiquée.

II. — ÉVOLUTION DE LA MALADIE

Elle est loin de répondre étroitement au schéma que nous avons employé pour la description de l'affection. En effet, la caractéristique

essentielle de son évolution est d'être éminemment variable. A côté des malades qui épuiseront le cycle complet des rétentions chroniques, on en trouvera qui rentreront dans la maladie par une rétention aiguë. Chez quelques-uns, l'évolution se fera en quelques semaines, chez d'autres en quelques années ; à des périodes d'aggravation pourront succéder des périodes d'amélioration au point d'en imposer pour une guérison ; de gros adénomes ne donneront pas forcément des troubles importants alors qu'un petit adénome pourra s'accompagner d'une symptomatologie bruyante. Le retentissement rénal, enfin, est souvent imprévisible : « Un petit adénome, un résidu faible, une urée normale et l'U.I.V. pourra déjà déjà déceler une souffrance rénale » (COUVELAIRE).

Une chose est habituelle : une fois les troubles mictionnels déclenchés, l'évolution vers la crise est quasi inéluctable.

III. — COMPLICATIONS

a) LA TRANSFORMATION MALIGNE DE LA TUMEUR

Les recherches de CHEVASSU et GIL-VERNET aboutissent à la conclusion que si l'adénome se développe dans la glande crâniale, le cancer a son siège dans la portion caudale de la glande. Il semblerait donc que l'évolution simultanée des deux processus soit possible, mais il n'est pas prouvé que l'adénome puisse se transformer en cancer.

b) COMPLICATIONS HÉMORRAGIQUES

Il est rare qu'un adénome prostatique saigne et si cela est, l'hémorragie est faible, terminale, épisodique. Par contre, l'hémorragie peut être provoquée par un sondage, une fausse route ou être le fait d'une évacuation trop rapide d'une rétention d'urine (hématurie à vacuo).

c) COMPLICATIONS INFECTIEUSES

— Les urétrites, généralement bénignes.

— La cystite n'est pas rare. Légère, elle cèdera facilement à la thérapeutique médicale simple ; grave, elle sera très rebelle au traitement.

— La prostatite aiguë ou chronique : cette dernière, par le remaniement qu'elle provoque autour de l'adénome, peut surtout poser un problème diagnostique.

Il faut noter que très fréquemment l'adénome lui-même renferme un élément inflammatoire.

— L'orchyépидидymite est fréquente, spontanée ou provoquée par un sondage et évolue généralement vers la résolution avant l'abcédation ; une thérapeutique anti-infectieuse la guérit facilement.

— La pyélonéphrite est fréquente et constitue la complication infectieuse la plus redoutable. Elle peut être aiguë, subaiguë ou chronique et est conditionnée par les phénomènes de stase. Une thérapeutique active par les antibiotiques et les sulfamides est nécessaire.

d) LA NEPHRITE CHRONIQUE

Elle peut être la séquelle d'une pyélonéphrite aiguë ou subaiguë. En effet, celle-ci par voie canaliculaire peut provoquer une néphrite aiguë qui laisse derrière elle la néphrite chronique.

D'après les travaux de TRUETA, il ressort que ce n'est pas la seule pathogénie possible. Ainsi, la distension vésicale est capable par voie réflexe de provoquer une vasoconstriction avec anoxie dans la sphère rénale, premier stade vers l'altération définitive du parenchyme rénal. Cet auteur admet, d'autre part, que le point de départ de ce réflexe peut être l'uretère terminal, quand la distension vésicale ne saurait être invoquée. Cette anoxie corticale aboutira à la néphrite chronique, si la cause persiste.

TRUETA, par ailleurs, pense que ce phénomène de vasoconstriction serait également à l'origine de certaines hypertensiones.

e) DES LESIONS ASSOCIEES PEUVENT CREER DES COMPLICATIONS

— La lithiase vésicale dont l'apparition est favorisée par la stase, peut à son tour gêner l'expulsion de l'urine et provoquer une cystite grave par irritation mécanique.

— Le diverticule vésical unique ou multiple, de petit volume ou considérable, venant aggraver la distension et susceptible de s'infecter.

— Une tumeur de la vessie bénigne ou maligne, en tout cas source d'hémorragies.

— La lithiase de la prostate individualisable radiologiquement.

— Les diverticules prostatiques.

IV. — DIAGNOSTIC

L'examen clinique est suffisant dans la plupart des cas pour faire le diagnostic d'hypertrophie prostatique. Cependant un mal de Bright, une pyélonéphrite récidivante, des signes digestifs importants, etc., peuvent, par leur intensité et leur prépondérance, masquer leur véritable étiologie.

De toutes façons, on ne doit jamais terminer l'examen d'un sujet autour de la cinquantaine sans un toucher rectal.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Nous ne ferons qu'énumérer brièvement les différents diagnostics que l'adénome prostatique peut soulever.

A la période dysurique, on devra savoir penser, soit pour les exclure, soit pour affirmer leur association, aux affections suivantes : certains syndromes neurologiques (tabès à sa phase préataxique), affections vésicales (tumeurs bénignes ou malignes, lithiase, diverticules, etc.), les autres affections prostatiques, enfin et surtout, la maladie du col.

A la période de rétention chronique (et en dehors des causes précédentes), le diagnostic le plus important est celui du cancer. Parmi les différents moyens proposés — dosage des phosphatases, endoscopie, épreuve thérapeutique par les œstrogènes, etc. — le toucher rectal est encore le plus valable.

A la période de rétention aiguë, le premier problème sera d'éliminer une anurie. Il restera ensuite à déterminer s'il s'agit d'une affection prostatique ou d'un rétrécissement de l'urètre.

V. — PRONOSTIC

Le pronostic dans l'adénome prostatique est fonction d'une thérapeutique correcte et du moment de l'évolution.

BOUCHART et GARRIGUES, dans le service du Professeur FEY, tirent des conclusions pronostiques d'après l'évolution clinique de la maladie : les adénomes qui s'accompagnent de crises de rétention aiguë provoquent des lésions rénales moins importantes, moins fréquentes,

plus tardives, plus facilement réversibles que des adénomes évoluant discrètement sans rétention aiguë.

Il est certain que tout le pronostic de la maladie est fonction de l'état rénal. C'est pourquoi les éléments fournis par l'U.I.V. pourront donner des indications pronostiques. COUVELAIRE en tire les conclusions suivantes : un bon urogramme et l'intervention et l'avenir seront sans histoire ; un mauvais urogramme, mais amélioré par le traitement médical et le drainage, et l'intervention sera facile mais le sujet restera fragile ; un mauvais urogramme, malgré le traitement, et l'avenir sera sombre.

LE TRAITEMENT DE L'ADENOME PROSTATIQUE

I. — HISTORIQUE

Ce n'est qu'au cours du XIX^e siècle que l'hypertrophie prostatique a été bien connue anatomiquement et cliniquement et son traitement, par le sondage, bien réglé. Mais le prostatique ne peut prétendre encore à autre chose qu'à uriner par une sonde ou à mourir.

Il faut attendre le début de ce siècle pour voir apparaître dans le ciel de l'urologie la prostatectomie qui vient bouleverser et les principes thérapeutiques et la conception anatomo-pathologique de la tumeur.

Aux balbutiements de l'adénomectomie restent attachés les noms de BELFIELD et MAC GILL à la fin du XIX^e siècle, qui enlèvent par l'orifice de cystostomie, à la curette, les parties proéminentes intravésicales de l'adénome.

Les recherches anatomiques de GOSSET et M. PROUST révèlent en 1900, la possibilité d'enlever la prostate par le périnée ; R. PROUST, la même année, en décrit la technique et ALBARRAN l'année suivante l'utilise.

En juillet 1901, FREYER annonce que par une petite ouverture hypogastrique, il enlève la prostate adénomateuse. FULLER le faisait déjà, mais il drainait par le périnée. L'intervention de FREYER, en un temps, est alors introduite en France par le Professeur MARION, mais il préconise la technique en deux temps.

Ensuite, c'est la résection endoscopique et du galvanocautère initial de BOTTINI, on passe avec LUYS, YOUNG, STERN, DAVIS, MAC CARTHY, au résecteur moderne.

Avec la dernière guerre mondiale apparaissent la réanimation et les anesthésies perfectionnées, l'étude du bilan humoral, les antibiotiques. On possédait déjà la transfusion, les investigations uroradiologiques. Le terrain est prêt pour une nouvelle période. HARRIS, FABRE, HEY, HRYNSTCHAK, etc., améliorent la Freyer en soignant l'hémo-

stase, en supprimant tout drainage hypogastrique par fermeture primitive de la vessie ; MILLIN crée la technique extra-vésicale.

L'étape de sécurité moderne est atteinte.

II. — LE TRAITEMENT MÉDICAL

« Je vous plains — disait jadis au Professeur COUVELAIRE, un des maîtres les plus éminents de cette faculté — d'avoir choisi une discipline où j'ai prouvé que le traitement médical que j'ai mis au point, a fait disparaître un des éléments les plus sûrs de votre gagne-pain quotidien. Chacun sait maintenant que l'opération de l'adénome prostatique est devenue inutile... Qu'allez-vous faire ? Après tout, il vous reste le rein. »

Hélas ! ces grands espoirs ont été déçus, si bien qu'actuellement aucun traitement médical ne peut prétendre être curatif.

a) LE TRAITEMENT HORMONAL, la testostérone, en particulier, peut certes, employée à la phase toute initiale de la maladie, retarder les grands drames rétentionnels. Il est d'ailleurs susceptible d'améliorer une fonction rénale peu touchée et de procurer un bien-être passager par une action anabolique générale, avec enrichissement cellulaire en Na, K, Cl, P et Ca (KORENCHEVSKI et SELYE, KLOTZ et DEHARY). Mais, là se borne son rôle.

COUVELAIRE et MUSIANI considèrent plus logique d'employer les œstrogènes, mais si ceux-ci ont une action indiscutable dans le cancer de la prostate, leur efficacité est bien plus douteuse dans l'adénome.

b) LES AGENTS PHYSIQUES ont été préconisés sous des formes diverses :

La diathermie, avec électrode transanale, peut être utile comme décongestif pelvien alors qu'une poussée de prostatique vient se greffer sur le parenchyme entourant l'adénome. Pareil soulagement est également obtenu par des lavements chauds de sérum salé isotonique à garder, en y adjoignant, au besoin, quelques gouttes de laudanum. De même, le massage prostatique.

Le radium a été essayé par M. MARION, PASTEAU et BOUCHARD et repris par DARGET avec des indications bien plus limitées : chez des malades déjà porteurs d'une cystostomie et dont l'état général médiocre ne permet pas une thérapeutique plus active. Une sonde porteuradium peut alors être introduite dans le col. Mais REGAUD et CHEVASSU considèrent la tumeur radio-résistante.

c) DES INJECTIONS SCLÉROSANTES sont proposées par NEGRO de Turin, mais elles sont douloureuses et leur efficacité n'est pas prouvée.

d) LE TRAITEMENT MÉDICAL DES COMPLICATIONS INFECTIEUSES revêt par contre une importance particulière. En effet, il est indispensable d'instituer une antibiothérapie vigoureuse, qui sera, à elle seule, capable de juguler une pyélonéphrite, une cystite. Un drainage d'appoint pourra être nécessaire, des instillations vésicales utiles. Ces infections urinaires contrôlées par les antibiotiques (Terramycine, Tifomycine, Streptomycine) ou les sulfamides (Rufol, Gantrisine, Gandidan) et les acidifiants urinaires (Uroformine, Acide Mandélique), on pourra alors envisager l'adénomectomie. Remarquons cependant qu'une pyonéphrose, une diverticulite, une adénomite ne céderont la plupart du temps qu'à leur traitement chirurgical spécifique.

III. — TRAITEMENT CHIRURGICAL

Si pendant les premiers troubles dysuriques de la maladie, une amélioration ou un ralentissement évolutif peuvent être tentés par le traitement médical et des conseils hygiéno-diététiques adéquats, le moment arrive cependant, où des mesures autrement plus actives doivent être prises. Examinons les ressources de la chirurgie.

LA CYSTOSTOMIE

Elle peut être envisagée comme moyen thérapeutique dans trois éventualités.

a) EN CAS DE RÉTENTION AIGUE : on doit procéder à la déplétion vésicale par la mise en place d'une sonde urétrale, manœuvre qu'on réussira dans la grande majorité des cas en agissant de façon douce ; une sonde montée sur mandrin de Guyon pourra être utile. Ce n'est que si le sondage échoue, du fait d'une fausse route par exemple, et que l'état du malade ne permet pas l'établissement d'un bilan général et humoral (en vue d'une adénomectomie) qu'on doit se résoudre à la cystostomie. Même dans de tels cas, LEBRUN, acceptant les risques, refuse la cystostomie et pratique l'adénomectomie, sans s'occuper de l'état général du malade. Une telle conception n'est cependant pas suivie par beaucoup d'urologues.

A rapprocher de la rétention aiguë est la vessie surdistendue de caillots ; la cystostomie peut être ici nécessaire. C'est un cas rare.

b) COMME MOYEN DE DRAINAGE dans la rétention chronique et dans l'infection urinaire, dans le but de préparer l'adénomectomie.

— *Dans la rétention chronique*, le drainage vésical est susceptible dans bien des cas d'améliorer très sensiblement la fonction rénale. Dans le choix des moyens, il faut préférer la sonde à demeure à la cystostomie, ne serait-ce que parce qu'en agissant ainsi on ne préjuge en rien sur les thérapeutiques futures. Ce n'est pourtant pas la seule raison. En effet, la cystostomie facile à exécuter certes, n'a pas une mortalité nulle, elle peut être très mal supportée, provoquer des cystites douloureuses par irritation ; de plus, elle rend l'adénomectomie ultérieure plus difficile et favorise la fistule hypogastrique. Enfin, là où la sonde urétrale n'apportera pas d'amélioration, la cystostomie échouera également et pour les mêmes raisons. Si on suit en effet, par l'U.I.V., les résultats après drainage vésical, trois cas peuvent se présenter (COUVELAIRE) :

1° Sécrétion et excrétion satisfaisantes. Seule la rétention était en cause ; l'adénomectomie pourra être pratiquée.

2° Sécrétion bonne, excrétion mauvaise. Le réflexe vésico-rénal de TRUETA, dont nous avons déjà parlé, peut expliquer l'amélioration de la sécrétion. La persistance de l'excrétion défectueuse pourra (en dehors de la possibilité de calculs urétéraux ou de tout autre facteur haut situé) reconnaître plusieurs causes :

— l'étranglement de l'uretère terminal par l'hypertrophie du détrusor. Des sondes urétérales améliorant la vidange permettront l'adénomectomie ultérieure ;

— l'existence des « uretères en hameçon ». Seule l'adénomectomie, supprimant l'obstacle qui élongue l'uretère terminal, mettra fin à la souffrance du haut appareil ;

— CHEVASSU soulève même la possibilité de voir lorsqu'il existe une cystostomie l'orifice urétéral plaqué contre la saillie de l'adénome, gênant l'écoulement de l'urine urétérale.

3° Sécrétion mauvaise, excrétion mauvaise. La fonction rénale est définitivement atteinte.

— *Dans l'infection urinaire*, le drainage vésical en supprimant la stase (dans les cas où n'existent pas les obstacles précédemment cités) ne pourra que favoriser l'action des antibiotiques.

Mais, encore une fois, la mise en place d'une sonde urétérale est préférable. Une circonstance cependant peut nécessiter la cystostomie : la vessie calculeuse, gravement infectée, « contuse » (B. FEY).

c) ENFIN, LA CYSTOSTOMIE DÉFINITIVE ne peut être envisagée que devant une altération rénale irréversible, un état général laissant présager le pire. Et cependant la cystostomie peut être tellement mal supportée par certains sujets et l'inconfort de cette sonde hypogastrique tellement important que l'adénomectomie dans ces conditions paraîtra néanmoins préférable à cette infirmité définitive.

Ainsi, les indications actuelles de la cystostomie chez les prostatiques sont exceptionnelles. En tout cas, elle ne constitue qu'un moyen palliatif dans le traitement de l'adénome prostatique.

LA RÉSECTION ENDOSCOPIQUE

C'est une méthode qui a réalisé un progrès de valeur. A un certain moment, elle a été considérée comme le traitement idéal de tout adénome. Par la suite, et par contre-coup, elle a été rayée, par certains, de l'arsenal thérapeutique.

En fait, c'est une méthode d'exécution très difficile et d'apprentissage extrêmement long : les urologues capables d'enlever complètement par cette voie un gros adénome ne sont pas bien nombreux. Il faut souligner que cette intervention n'exclut pas les risques d'infection, d'hémorragie et de phlébite et que les suites immédiates et lointaines ne sont pas toujours simples. MILLIN remarque en effet la fréquence des rétrécissements post-opératoires, la possibilité de récidives et de sphacèle par « oubli » de tissu adénomateux et, enfin, une convalescence urétrale longue.

Inversement, l'incontinence par ablation excessive de tissu ou par atteinte du *veru montanum*, est possible.

« Cette méthode n'est bénigne que dans des conditions d'application parfaite » (DENIS).

Il n'en reste pas moins que l'excellence de cette méthode s'affirme pour les petits adénomes déformant le col et les adénomes péri-urétraux de petit volume.

L'ADÉNOMECTOMIE

Elle constitue le procédé de choix dans le traitement de l'adénome prostatique. En effet, elle est seule capable de faire disparaître entièrement l'obstacle, cause première de tous les troubles.

Ce principe admis, plusieurs problèmes se posent. A quel moment de l'évolution de la maladie doit-on opérer, quelles sont les limites

de l'intervention, quelles sont les précautions à prendre ? Nous allons essayer d'y répondre.

Si on estime que l'adénomectomie est le seul traitement radical de la maladie, mais si on attend pour l'appliquer la survenue de complications (dont la perturbation du glomérule et ses conséquences vasculaires sont les plus lourdes), on ne doit pas s'étonner ensuite que l'intervention n'ait pas la bénignité proclamée et qu'il y ait encore des malades qui la redoutent.

C'est pourquoi en assurant au prostatique des explorations simples, rapides, indolores, on obtiendra qu'il ne craigne plus de s'y soumettre et qu'il accepte l'idée de l'intervention à un moment où elle aura toutes chances d'avoir des suites faciles et des résultats stables et satisfaisants.

La difficulté réside alors dans l'estimation du moment propice de l'intervention.

Soit un malade au début de la maladie. Suivons l'état local, sa fonction urinaire ; que l'adénome devienne formel, qu'il ait tendance à aggraver sa symptomatologie, à avoir un retentissement sur la sphère vésicale et le haut appareil : n'hésitons pas à conseiller l'intervention.

Les seuls troubles dysuriques peuvent cependant imposer l'intervention par le retentissement qu'ils provoquent sur la vie courante de certains individus.

Si la conception de LEBRUN — opérer tous les prostatiques, les opérer toujours, les opérer tout de suite — paraît excessive, il n'en demeure pas moins qu'actuellement les contre-indications à l'acte chirurgical sont exceptionnelles ; ainsi des sujets fragilisés par la maladie peuvent être opérables grâce aux progrès réalisés dans la préparation du malade, les techniques chirurgicales, dans l'anesthésie et la réanimation et enfin dans les soins post-opératoires.

● LA PREPARATION DU MALADE A L'ACTE OPERATOIRE

Un bilan complet du sujet doit être établi et de son résultat découlera un traitement à instituer avant l'intervention.

a) LE BILAN URINAIRE permettra de distinguer plusieurs cas.

— Un sujet au taux d'urée normal, aux urines non infectées, à fonction rénale satisfaisante (U.I.V.) peut être opéré en toute tranquillité. La sonde à demeure n'est alors pas nécessaire à la préparation de ce malade (MILLIN, TRUC 'et GUILLAUME).

— En cas d'infection urinaire, nous avons vu l'action favorable des antibiotiques associés au drainage par sonde urétrale. Un cas particulier : la persistance de l'état infectieux par adénomite et prostatite ne doit pas contre-indiquer l'intervention, CIBERT a montré les avantages de cette adénomectomie intra-fébrile.

— Quand la fonction rénale est altérée, toutes les thérapeutiques doivent d'abord être essayées. Un drainage vésical par sonde à demeure (sous antibiothérapie préventive et, pour certains, ligature des déférents) est susceptible à lui seul de l'améliorer. La mise en place de sondes urétérales pourra être nécessaire. L'infiltration du pédicule rénal (CHAUVIN), le sérum glucosé hypertonique I.V. et les divers diurétiques (Scylle, Théophylline) seront d'utiles adjuvants. Très souvent, l'urogramme devient satisfaisant en peu de temps ; s'il n'en est pas ainsi au bout d'une quinzaine de jours, le pronostic est réservé.

b) LE BILAN GÉNÉRAL ne sera pas négligé.

L'état cardiovasculaire est important à établir chez ces personnes âgées, en s'aidant au besoin de l'électrocardiogramme. Si un traitement tonocardiaque s'avère nécessaire, on n'hésitera pas à lui accorder le temps qu'il exige ; éventuellement, une sonde à demeure fera patienter le rein.

Les renseignements fournis par le laboratoire entraîneront, s'il y a lieu, des réponses thérapeutiques : une hypoprotéinémie, facteur possible de cicatrisation défectueuse, sera corrigée par de petites transfusions, de même qu'une anémie accentuée ; si le temps de saignement et de coagulation révèlent des anomalies, on tâchera de les équilibrer ; si la glycémie révèle un diabète, on devra le compenser.

On ne négligera pas non plus l'examen pulmonaire et hépatique.

Ainsi donc, s'entourant de toutes ces sages précautions, l'adénomectomie sera ce qu'elle doit être : une opération banale.

• TECHNIQUES ET VOIES D'ACCES DE L'ADENOMECTOMIE

Depuis l'avènement de l'adénomectomie, les discussions sur le choix de la meilleure voie ont été vives. Limitée d'abord aux voies hypogastrique et périnéale, la discussion s'étend ensuite à la voie endoscopique dès son apparition ; les modifications apportées à la voie transvésicale et la création de la voie extra-vésicale enfin viennent gonfler un débat qui est loin d'être clos.

« Peu importe la technique, chaque chirurgien a la sienne, pourvu qu'il l'applique bien », dit COUVELAIRE.

« Le chirurgien parfait devrait être maître non pas d'une, mais de plusieurs méthodes, de façon à pouvoir varier, sans danger, les indications de ses techniques », réplique B. FEY.

Nous ne ferons que citer pour mémoire, des voies d'exception dans l'adénome prostatique. Ainsi, la voie coccypérinéale de R. COUVELAIRE et la voie sacrée de P. FABRE qui peuvent reconnaître comme indication une adiposité extrême chez un sujet porteur d'un gros adénome bombant dans le rectum, ou encore quand le diagnostic est hésitant entre cancer et adénome compliqué de prostatite.

Nous n'insisterons que sur les voies principales.

a) ADÉNOMECTOMIE PAR VOIE PÉRINÉALE

Rappel technique :

Position de Trendelenbourg. Par une incision cutanée transversale à quelques centimètres en avant de l'anus, on atteint le raphé anobulbaire et le noyau du périnée que l'on sectionne. La face postérieure de la capsule prostatique est alors facilement accessible par l'espace cellulaire inter-prostato-rectal. Incision verticale de la partie moyenne de cette face. Enucléation au doigt de l'adénome, vérification de la loge et ligature des vaisseaux qui saignent. Drainage périnéal de la loge par sonde de Pezzer. Soins post-opératoires simples : lavages vésicaux toutes les vingt-quatre heures pendant dix jours, une sonde urétrale remplacera alors le drainage périnéal dont la fistule doit se tarir en huit jours.

GIL-VERNET, un des défenseurs de la méthode, y apporte quelques modifications : il complète l'intervention par une résection de la lèvre postérieure du col d'une part, et, d'autre part, il assure le drainage vésical et l'hémostase de la loge par une sonde Foley, ce qui lui permet de refermer la brèche postérieure. Une petite mèche de gaze assure le drainage de l'espace cellulaire rétro-prostatique ; on l'enlèvera d'ailleurs le deuxième jour.

La voie périnéale, peu employée en France, y est par contre beaucoup critiquée. On lui reproche de laisser derrière elle des fistules périnéales et uréthro-rectales définitives, de l'impuissance, de l'incontinence, si ce n'est un rétrécissement.

Ses défenseurs la considèrent comme une intervention d'une extrême bénignité, la chirurgie périnéale étant caractérisée par l'absence de choc ; et s'ils admettent le retentissement génital possible,

ils refusent de considérer les autres complications autrement que comme des fautes techniques évitables dans la plupart des cas.

P. FABRE reconnaît comme indication à cette méthode le gros adénome bombant vers le rectum, et R. COUVELAIRE pense que les grands vieillards fragiles, indifférents à la contingence virile, peuvent en bénéficier.

b) ADÉNOMECTOMIE PAR VOIE TRANSVÉSICALE

A la base de toutes les techniques qui empruntent cette voie demeure celle dont FULLER et FREYER sont les promoteurs et qu'on peut schématiser ainsi : cystostomie étroite, énucléation de l'adénome au doigt, drainage vésical par un gros tube hypogastrique.

Pendant très longtemps peu retouchée, car donnant des résultats où la mortalité n'a jamais été très importante puisque pratiquée seulement sur des sujets en bon état, cette technique a maintenant subi de telles modifications qu'il serait trop long d'en envisager toutes les modalités.

Nous nous limiterons donc, à exposer les deux types d'adénomectomies qui nous semblent résumer les techniques actuelles par cette voie.

c) L'ADÉNOMECTOMIE PAR ORIFICE DE CYSTOSTOMIE ÉTROIT (FEY)

Léger Trendelenbourg — Ouverture de la paroi abdominale¹ dans la région médiane et sous-ombilicale. Ouverture de la vessie : elle doit admettre l'index et le médius. On procède alors à l'énucléation de la tumeur au doigt qui peut être amorcée soit par éclatement de la lèvre antérieure du col et recherche du plan de clivage antérieur, soit par le bord postérieur de la tumeur, après éraillure de la muqueuse vésicale aux ciseaux. L'adénome extrait de la vessie, une vérification de la loge s'impose afin qu'aucun nodule n'y reste. Enfin, double drainage de la vessie : sonde urétrale à demeure, petit tube de Marion hypogastrique — Fermeture de la paroi — Ligature des déférents — Lavage vésical.

d) L'ADÉNOMECTOMIE PAR VOIE TRANSVÉSICALE ÉLARGIE

Le type en est la technique de FABRE :

Traversée pariétale — Ouverture de la vessie près du dôme par incision transversale de 5 cm environ — Haubannage des lèvres par

mise en place d'un écarteur de Gosset et des lacs de catgut — Repérage des orifices urétéraux pour éviter le risque de blessure — Electrocoagulation autour de la saillie de l'adénome. Incision de la muqueuse vésicale suivant cette trace. Le plan de clivage découvert, énucléation de la tumeur aux ciseaux courbes sous la traction d'une pince de Museux sur l'orifice du col. Section de l'urètre retenant encore la tumeur. Examen et parage de la loge. Résection de toute muqueuse « non appuyée » — Hémostase à vue — Mise en place d'une sonde urétrale — Fermeture de la vessie en trois plans — Réfection de la paroi — Dans les suites, surveillance de la sonde à demeure qui sera enlevée le huitième jour.

Nous ne discuterons pas les indications respectives de ces deux types d'intervention. Nous signalerons seulement que si la première a pour elle la simplicité et l'exécution et qu'en cas d'infection vésicoprostatique elle paraît plus prudente, la seconde permet le contrôle plus strict de l'énucléation et a les avantages de l'hémostase et de la fermeture primitive de la vessie.

Les indications générales des techniques dérivées de la Freyer sont extrêmement larges. Elles ne seront limitées (en dehors des cas qui relèvent de la résection endoscopique ou ceux qui peuvent être réservés à la périnéale), que par la préférence qu'on pourra accorder à la Millin. Disons seulement que l'existence de calculs, de diverticules ou de polypes vésicaux associés à l'adénome semblent devoir bénéficier avec avantage de la transvésicale.

e) L'ADÉNOMECTOMIE PAR VOIE RÉTRO-PUBIENNE ET EXTRA-VÉSICALE DE MILLIN

Cette voie avait été utilisée et préconisée par VAN STOCKUM dès 1909, cependant après l'ablation de l'adénome, il mûchait la loge et drainait par le dôme vésical. Ses travaux n'ont jamais été suivis.

En 1945, Terence MILLIN réalise sa première adénomectomie par cette voie. Sa technique est la suivante :

Incision médiane sus-pubienne — Incision de l'aponévrose — Muscles droits écartés sur la ligne médiane — La graisse extravésicale refoulée vers le haut — L'écarteur autostatique de l'auteur exposant bien la région, libération de la face antérieure de la prostate au tampon monté ; les veines superficielles sont alors liées ou coagulées — Incision transversale de la capsule et du tissu prostatique à 1 cm au-dessous du col jusqu'à perception de la tumeur ; un saignement important s'ensuit : aspiration, pinces en T sur les deux lèvres de l'incision, hémostase au besoin — Libération aux ciseaux courbes des

lobes latéraux, latéralement et vers le bas — Section de l'urètre à sa partie proximale — Le reste de l'énucléation se fait au doigt, le manchon muqueux qui retient au col la masse est sectionné — Vérification de la loge, hémostase éventuelle — Excision en coin de la lèvre postérieure du col — Une sonde en caoutchouc est introduite par l'urètre et conduite dans la vessie — Fermeture soigneuse de la capsule au surjet — Nettoyage de l'espace rétropubien, puis on laissera à son contact une lame de caoutchouc ondulée après poudrage sulfamidé — Fermeture de la paroi — Ligature systématique des déférents. Après fixation par un fil de la sonde à la peau de la verge, celle-ci est lavée avec une solution à 3,8 % de citrate de soude et une centaine de cm³ de cette solution sera laissée dans la vessie.

Les soins post-opératoires prescrits par MILLIN sont simples :

Le lavage de la sonde n'est à utiliser que si elle ne débite pas librement ; un laxatif sera donné au deuxième jour ; le drain sus-pubien sera raccourci le deuxième jour et enlevé le troisième ; enfin, la sonde urétrale sera enlevée le troisième jour.

Les suites sont habituellement simples. Le pansement sera surveillé les douze premières heures pour dépister un suintement excessif. L'hémorragie par la sonde urétrale est ainsi décrite par MILLIN : « L'urine est Bourgogne le jour qui fait suite à l'opération, vin rosé le deuxième jour, Sherry le troisième. » Le malade est renvoyé du quatorzième au seizième jour.

Nous n'insisterons pas sur les controverses passionnées qui ont accompagné l'apparition de cette technique.

Bornons-nous à signaler les complications et inconvénients qu'on lui attribue : l'hémorragie, l'infection, la fistule, l'incontinence, les rétrécissements, les orchépididymites, les embolies, les complications pulmonaires ou digestives. Il en est de ces complications comme pour les autres techniques, c'est-à-dire rares. Il semble que les complications inhérentes à cette technique soient l'ostéite du pubis — signalée par RICHE, HRYNTSCHAK, PERRIER et attribuées par MILLIN (qui n'en déplore pas) à la piqûre du périoste du pubis — et la névrite de l'obturateur qui a été observée par MILLIN lui-même.

Les avantages de la méthode sont réels : c'est une intervention claire, nette, avec hémostase sérieuse ; elle est peu choquante. D'autre part, elle peut être réalisée en période intra-fébrile et l'existence d'une cystostomie n'en constitue pas une contre-indication. Les suites, enfin, sont rapides et de grand confort.

A côté des auteurs qui situent les indications de cette technique dans des limites étroites — sujet jeune, à bon état général, de corpulence normale ou maigre, porteurs d'un adénome de moyen volume

à développement régulier et de consistance ferme (TRUC et GUILLAUME) — d'autres, comme COUVELAIRE, lui reconnaissent bien peu de contre-indications.

Nous ne prétendons pas discuter les indications de la technique de Millin par rapport à la Freyer, modifiée, simplifiée ou pas, estimant ces considérations du ressort des spécialistes. La majorité des chirurgiens non-spécialistes est en effet amenée à opter pour une méthode adaptable à tous les cas.

Pourquoi refuser ce rôle à la Millin ?

On s'accorde généralement à considérer la technique de Millin une excellente intervention, mais on la dit volontiers très difficile à bien exécuter à cause de l'hémostase, très choquante car très longue, et aux suites bien moins simples pour peu qu'il y ait des incidents opératoires. Enfin, on ne la juge réalisable qu'avec une instrumentation complexe, des collaborateurs très nombreux et expérimentés et un personnel soignant spécialisé.

Ces reproches nous paraissant injustifiés, nous livrons une statistique des résultats obtenus par le Docteur Aoustin dans son service de chirurgie générale de Provins et en clinique privée de 1951 à 1959, portant sur 100 cas d'adénomectomie par la technique de Millin. Ayant assuré l'aide opératoire d'un grand nombre de ces interventions et surveillé leurs suites, nous avons pu remarquer plusieurs points :

- l'intervention ne présente pas de difficulté outre mesure, l'exposition des lésions étant toujours satisfaisante ;
- l'hémostase ne nous a jamais paru nécessiter une virtuosité exceptionnelle ;
- la durée de l'intervention étant habituellement d'une demi-heure, le choc opératoire est minime ;
- enfin, les suites sont d'un réel confort, les soins post-opératoires très simples.

Conduite pratique :

Les indications sont très larges : depuis plusieurs années, c'est la seule technique employée par ce chirurgien.

Examens pré-opératoires habituels : urée, glycémie, N.F., groupe, T.S., T.C., hématocrite, protéines.

Préparation du malade par la sonde à demeure pendant trois à quatre jours sous antibiotiques.

Les malades sont alors opérés sous anesthésie au Nesdonal, Oxygène, Protoxyde d'Azote ou éther. Une transfusion iso-groupe est toujours installée.

Technique :

La technique employée est dans ses grandes lignes celle décrite par MILLIN, sauf quelques modifications de détails :

— Avant l'ouverture de la capsule, on pratique une infiltration de 20 cm³ de novocaïne sans adrénaline entre celle-ci et l'adénome sur ses faces latérales, ce qui facilite le décollement et prévient le choc opératoire.

— Après incision de la capsule au bistouri et élargissement aux ciseaux, l'énucléation est pratiquée entièrement au doigt.

— La fermeture de la capsule (au surjet croisé) est faite avec une aiguille sertie courbe. D'ailleurs, de toute l'instrumentation préconisée par MILLIN, seul son écarteur autostatique est employé, le reste étant constitué par une boîte d'appendicectomie et quelques pinces longues.

— La ligature des déférents n'est plus pratiquée, car des deux orchites que nous signalons, l'une s'est produite malgré la ligature.

— La résection en coin de la lèvre postérieure du col est toujours faite (comme le préconise MILLIN), l'histologie montrant son altération quasi constante.

Suites :

Les soins post-opératoires consistent essentiellement en lavages vésicaux trois à quatre fois par jour au début ; antibiotiques par voie générale pendant quelques jours ; enfin, équilibration humorale.

La lame de drainage est retirée le deuxième jour, la sonde est enlevée le septième et remise pendant deux nuits, mais les urines sont claires dès le troisième et quatrième jour.

STATISTIQUE

100 malades ont été opérés par cette méthode :

- 2 d'entre eux étaient porteurs d'une cystostomie ancienne.
- Dans 7 cas, la tumeur s'est révélée à l'examen histologique être un cancer de la prostate.
- L'âge des sujets se situe entre 53 et 85 ans.
- L'azotémie est comprise entre 0,40 et 1,20 g.
- Durée d'hospitalisation : 18 jours en moyenne, y compris les malades d'hôpital qui retardent volontairement leur sortie pour des raisons sociales ou familiales.

Mortalité : 8 %

- 2 embolies.
- 2 hémorragies cérébrales.
- 1 cachexie.
- 1 urémie.
- 1 insuffisance hépatique aiguë.
- 1 asystolie.

Complications et incidents :

- 1 fistule, deux mois après, qui cède à la sonde à demeure.
- 3 suintements de la paroi, se tarissant avant la sortie du malade.
- 4 incontinences passagères.
- 2 orchites dont l'une a nécessité l'ablation du testicule.
- 1 dilatation aiguë d'estomac.
- 2 phlébites.
- Quelques incidents pulmonaires.

EN RÉSUMÉ :

Si le pourcentage de mortalité que nous signalons peut paraître excessif, nous rappelons que COUVELAIRE considère qu'actuellement il existe encore une mortalité variant entre 5 et 10 % pour l'adénomectomie prise dans son ensemble, ceci à cause de l'état souvent très médiocre des malades.

L'ostéite du pubis, la névrite de l'obturateur n'ont jamais été observées dans le service, les complications hémorragiques et infectieuses d'ordre local jamais graves, les troubles dysuriques post-opératoires observés toujours légers, les fistules rares.

En répétant que l'exécution de l'intervention ne présente habituellement aucune difficulté réelle, que les suites sont d'une simplicité encourageante et pour les malades et pour le personnel soignant, nous pensons que les résultats obtenus justifient la prétention d'en vouloir faire une technique courante dans le traitement de l'adénome prostatique.

* *

Quelle que soit la technique d'adénomectomie adoptée, il est des points dont le principe est commun à toutes et qu'on peut étudier dans un chapitre d'ensemble : l'anesthésie et la surveillance post-opératoire.

L'ANESTHESIE

Nous ne nous attarderons pas sur ce point, l'idéal étant que ces malades, souvent fragiles, puissent bénéficier des acquisitions modernes en matière d'anesthésie et de réanimation post-opératoire, dont la caractéristique essentielle est de comporter une agression cardiovasculaire minime, une oxygénation abondante.

SURVEILLANCE POST-OPERATOIRE

a) L'HÉMORRAGIE

Elle est constante les premiers jours suivant l'adénomectomie et lui est propre ; l'important est de contrôler qu'elle ne devienne dangereuse. On pourra lutter contre elle en assurant la perméabilité de la sonde urétrale, l'emploi d'hémostatiques (K-thrombyl — Adrénoxyl) pourra être nécessaire. En cas de spoliation sanguine importante, on recourra à de petites transfusions. Il est exceptionnel qu'on soit obligé d'intervenir chirurgicalement pour juguler une hémorragie.

b) L'INFECTION

Le meilleur moyen de lutter contre elle est d'employer systématiquement les antibiotiques aussi bien avant qu'après l'intervention. En cas d'infection urinaire, les meilleurs antibiotiques semblent être la Terramycine, la Streptomycine, la Tifomycine. Quant au traitement local, le moyen le plus simple est ici encore de maintenir la sonde perméable.

c) LES DÉSÉQUILIBRES HUMORAUX

On les réduira au minimum en faisant boire précocement les malades et en leur faisant reprendre rapidement une alimentation normale. Il est important de suivre ces malades par des examens de laboratoire. Un taux d'urée élevé nécessitera une thérapeutique diurétique ; une hypoprotéinémie pouvant entraver la cicatrisation et être facteur de fistules, sera utilement combattue par de petites transfusions ; l'équilibre ionique (Sodium - Potassium - Chlore) devra être maintenu ou corrigé ; une réserve alcaline abaissée sera améliorée par du sérum bicarbonaté. Si des vomissements empêchent l'hydratation et l'alimentation par la voie buccale, on devra utiliser la voie parentérale.

LES PHLÉBITES

Il est généralement admis que le lever précoce, dès le deuxième jour, est nécessaire pour les prévenir. Au cas où, malgré ces précautions, un début de phlébite se constitue, un traitement prudent par les anticoagulants sera institué ; il sera rapidement efficace.

CONCLUSION

L'Adénome prostatique, cette maladie de l'homme vieillissant, n'a trouvé une thérapeutique efficace qu'à partir du début de ce siècle, avec l'apparition de l'adénomectomie.

Si le traitement médical proposé sous de multiples formes est susceptible de procurer une amélioration apparente, c'est, il faut bien le dire, qu'elle s'inscrit parfois dans l'évolution spontanée de la maladie, ou que ce traitement agit par son caractère de stimulant général (hormonothérapie mâle) ou encore qu'il procure une sédation des troubles dysuriques en améliorant une poussée d'adénomite (diathermie transanale).

En réalité, il n'existe pas de traitement médical sérieux de l'adénome prostatique, le seul traitement radical est l'adénomectomie.

Qu'il existe encore un pourcentage de mortalité plus ou moins important dans les statistiques opératoires, cela est dû au fait que l'on se trouve souvent devant des gens âgés, fatigués, artério-scléreux, qui n'ont accepté l'acte chirurgical qu'au moment où leur aptitude à supporter l'intervention est fortement amoindrie.

Qu'on n'attende pas l'apparition des calculs et diverticules vésicaux, la fatigue et « l'asystolie » du détrusor, l'emprisonnement de l'uretère intramural et la dilatation et l'infection de toutes les voies urinaires sus-jacentes, et surtout l'altération irréversible de la fonction rénale elle-même, qu'en un mot on n'attende pas toute la gamme des complications qui guettent le prostatique et alors on aura de meilleures statistiques.

Il ne s'agit pas pour autant d'opérer « préventivement », mais il faut savoir attribuer chez un homme d'un certain âge des malaises digestifs, une déficience de l'état général, une pyélonéphrite, une cystite à un adénome prostatique et s'aidant alors de certains examens complémentaires, dont l'urographie intraveineuse représente un instrument de choix, savoir poser le diagnostic et l'indication opératoire et la faire accepter du malade.

Inversement, si on sait attendre les résultats d'un traitement préopératoire adéquat, on doit pouvoir arriver à opérer presque tous les prostatiques dont l'état général et la fonction rénale avaient pu inciter au prime abord à refuser la possibilité de l'intervention.

Et cette adémectomie, on doit viser à la réaliser en un seul temps : la cystostomie préalable ne doit constituer qu'un moyen d'exception, ce ne sera que la main forcée devant un retentioniste aigu chez lequel

toute tentative sérieuse de sondage a échoué, qu'on doit se résoudre à la pratiquer.

Il existe bien sûr la résection endoscopique, mais à part quelques spécialistes particulièrement entraînés qui sont capables de faire une adénomectomie complète même pour un gros adénome, c'est une méthode qui ne doit être réservée qu'aux petits adénomes facilement accessibles par voie endoscopique.

Il faut donc, pour les adénomes de moyen et gros volume, choisir parmi les trois voies usuelles d'abord de l'adénome :

La voie périnéale, à tort ou à raison peu employée en France, mais qui, entre les mains des Espagnols, des Italiens et de certains Américains, semble donner de bons résultats. C'est une méthode qui, de toute façon, peut trouver une indication dans les gros adénomes bombant en arrière dans le rectum.

L'adénomectomie par voie sus-pubienne transvésicale de FREYER, qui pendant cinquante ans a été universellement adoptée et qui a subi ces dernières années des modifications importantes afin de la rendre plus « chirurgicale », plus confortable, moins hémorragique.

Enfin, l'adénomectomie par voie rétro-pubienne et extra-vésicale de MILLIN, sur laquelle nous insistons particulièrement car elle nous semble, après tant de controverses, avoir fait ses preuves et mériter de prendre place parmi les opérations standard pour l'obstruction prostatique. En présentant une statistique d'un service de chirurgie générale, nous croyons pouvoir montrer que, malgré les reproches qu'on peut adresser à cette méthode — d'être plus difficile et plus longue à bien exécuter, de nécessiter un entraînement plus poussé — elle n'en demeure pas moins à la portée d'un chirurgien nullement spécialisé qui, avec une instrumentation simple, peut obtenir des résultats satisfaisants et des suites post-opératoires rapides et commodes, sans avoir forcément à sa disposition un personnel soignant spécialement éduqué.

Ainsi donc, avec les techniques chirurgicales modernes, le traitement médical pré, per et post-opératoire actuel, on peut rendre cette adénomectomie, encore redoutée par beaucoup de malades, chaque jour plus sûre, surtout si le médecin et le malade savent se décider à temps à l'intervention.

Vu, le Doyen :
L. BINET

Vu, le Président de Thèse :
B. FEY

Vu et Permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris :
SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

- ALBRECHT (K.F.). — Elargissement de l'indication à la prostatectomie dans l'adénome de la prostate. (*Langenbecks Arch. Klin. Chir.*, 1957, 175-177.)
- ALKEN (C.E.). — Répercussions de l'adénome prostatique sur la dynamique des voies urinaires supérieures. (*Urologie Internat.*, 1956, n° 5, 297-303.)
- AOUSTIN (J.). — A propos des prostatectomies. (*Conc. Méd.*, juin 1956, n° 25, 2.967-2.968.)
- BAUMGART (R.). — Expériences acquises avec 100 prostatectomies selon la technique de Stockum-Millin. (*Zschr. Urol.*, 1955, n° 1, n° 2, 766-772.)
- BECKMANN (G.E.). — L'hypertrophie bénigne de la prostate. (*J. Gèront.*, avril 1957, n° 2, 203-207.)
- BODEN (O.). — L'ostéomyélite du pubis et autres complications dans la prostatectomie de Millin. (*Zbl. Chir.*, 1954, n° 30, 1.266-1.268.)
- BOHN (C.L.S.) et SJOBERT (J.). — La vasectomie, mesure prophylactique contre l'épididymite dans le traitement chirurgical de l'hypertrophie prostatique et autres affections urologiques. (*Acta Chir. Scand.*, 31 octobre 1957, n° 4, 305-309.)
- BORCHERS (E.). — L'hypertrophie de la prostate doit-elle être opérée d'après la technique de Freyer ou celle de Millin ? (*Langenbecks Arch. Klin. Chir.*, 1952-1953, 353-365.)
- BOURQUE (J.P.). — L'adénomectomie prostatique transvésico-capsulaire. Rapport sur 300 cas consécutifs. (*Urol. Internat.*, 1957, n° 2, 65-75.)
- CHWALLA (R.). — Physiologie pathologique de la prostate et de l'hypertrophie prostatique. (*Urol. Internat.*, 1956, n° 5, 273-296.)
- CIBERT (J.). — Les traitements actuels de l'hypertrophie prostatique. (*J. Méd. Lyon*, 20 août 1948, n° 687, 581-588.)
- La chirurgie urinaire rétropubienne selon Millin (d'après 300 observations). (*J. Urolog.*, 1948, n°s 5-6, 207-214.)
 - Les grosses prostatites adénomateuses. (*Rev. Praticien*, 21 avril 1955, n° 12, 1.187-1.189.)
- COUVELAIRE (R.). — Autres remarques sur la technique et les indications de l'adénomectomie prostatique par voie sus et rétro-pubienne extra-vésicale. (*J. Urologie*, 1946-1947, n°s 8-9, 352-369.)

- Des limites de la cystostomie considérée comme mode de drainage lorsqu'il existe un adénome prostatique. (*J. Urol.*, 1948, n°s 11-12, 588-597.)
 - Fin de l'enquête sur l'adénomectomie prostatique. (*J. Urol.*, 1948, n°s 11-12, 582-585.)
 - Quand opérer le porteur d'une maladie prostatique ? (*Conc. Méd.*, 15 février 1958, n° 7, 805-809.)
- FABRE (P.). — Tumeurs bénignes de la prostate. (*Encycl. Méd. Chir.*, Rein 18555 A10, A20, A30, A60, A70, 9, 1958.)
- FEY et DOSSOT. — Techniques chirurgicales. (Masson édit., 1955, tome VIII.)
- GIL-VERNET. — Le traitement abortif de l'hypertrophie de la prostate. (*Zschr. Urol.*, 1957, n° 1, 1-11.)
- GOURY-LAFFONT (M.) et AUVERT (J.). — L'insuffisance rénale révélant ou compliquant l'adénome prostatique. (*Gaz. Méd. France*, 25 avril 1957, n° 8, 743-747.)
- GOVERNEUR (R.) et ABOULKER (P.). — La place de l'opération de Millin dans le traitement de l'adénome prostatique. (*Rev. Méd Française*, mars 1947, n° 3, 35-36.)
- GRIEBMANN (H.) et JACOBSEN (E.). — Résultats et expériences de 100 prostatectomisés selon la technique de Millin. (*Zschr. Urol.*, 1957, n° 3, 135-144.)
- GURSEL (A.E.). — Une évolution de diverses procédures chirurgicales dans l'hypertrophie prostatique et les résultats obtenus. (*Bull. Soc. Turq. Méd.*, mai 1951, n° 7, 343-349.)
- HARRIS (R.G.S.). — La morbidité après prostatectomie sus-pubienne. (*Méd. J. Australia*, 3 décembre 1955, 917-919.)
- HRYNTSCHAK (T.). — Les succès de la prostatectomie sus-pubienne d'après la méthode personnelle. (*Zschr. Urol.*, 1951, n° 2, 153-157.)
- KLIKA (M.). — Les idées récentes concernant l'anatomie et l'adénome de la prostate et leur application pratique. (*Urol. Internat.*, 1958, n°s 4-6, 232-242.)
- Quand et comment doit être opérée une prostate hypertrophique (adénome périuréthral). (*Munch. Med. Wschr.*, 27 mars 1959, n° 13, 552-555.)
- LEBRUN (M.). — La prostatectomie simplifiée. (*J. Urol.*, 1948, n° 12, 79-82.)
- MAGDER (E.). — Les pièges du diagnostic dans l'adénome prostatique. (*Gaz. Méd. France*, 25 avril 1957, n° 8, 733-741.)
- MALTESE LEROY (C.A.). — Considérations sur les divers procédés de prostatectomie. (*J. Urol.*, avril-mai 1956, n°s 4-5, 268-276.)
- MILLIN (T.). — La chirurgie urinaire par voie rétropubienne. (Masson édit., 1948.)
- MURET (M.). — A propos du traitement de l'adénome prostatique. (*Conc. Méd.*, 21 février 1953, n° 8, 645.)
- NÉDÉLEC (M.). — Comment opérer un adénome prostatique ? (*Gaz. Méd. France*, 25 avril 1957, n° 8, 763-771.)
- NÉGRE (M.). — La thérapeutique sclérosante de l'hypertrophie prostatique. (*J. Urol.*, 1954, n°s 1-2, 3-14.)

- ROBINSON (R.H.O.B.). — Le traitement de la prostate hypertrophique. (*Practitioner*, septembre 1956, n° 1059, 241-257.)
- ROMETTI (A.). — Colloque sur l'adénomectomie en un temps. (*J. Urol.*, 6 mars 1955, n° 6, 445-446.)
- RAY (E.H.). — Résection transurétrale de la prostate. (*J. Of. Urol.*, mars 1953, n° 3, 407-410.)
- SABADINI (L.). — Modifications à la technique de l'adénomectomie rétropubienne. (*Presse Méd.*, 25 décembre 1948, n° 74, 904.)
- SCHINZ (H.R.) et REICHT. — L'âge et l'hypertrophie de la prostate. (*Deutsche Med. Wschr.*, 30 mars 1956, n° 13, 439-441.)
- STEWART (B.L.). — La prostatectomie transurétrale, périnéale et rétropubienne. (*Urol. Cut. Rev.*, mai 1951, n° 5, 282-290.)
- TAYLOR (W.N.) et TAYLOR (J.N.). — La prostatectomie rétro et suspubienne : étude clinique comparée. (*J. of Urol.*, juillet 1955, n° 1, 129-137.)
- TRUC et GUILLAUME. — Le problème des voies d'accès de l'adénomectomie prostatique. (*Montpellier Méd.*, février 1953, n° 2, 136-146.)
— L'exploration du prostatique. (*Montpellier Méd.*, février 1953, n° 2, 128-135.)
- TRUC (E.). — Le traitement de l'adénome prostatique depuis Hippocrate. (*Montpellier Méd.*, septembre-octobre 1958, n° 2, 155-164.)
- WEINSTOCK (H.L.). — La prostatectomie rétropubienne par voie d'abord extra-vésicale. (*J. Intern. Coll. Surgeons*, mars 1958, n° 3, 324-330.)

